

## Modèle de notification parent/tuteur pour Medicaid/SCHIP

Cher parent ou tuteur,

Les enfants couverts par cette assurance-maladie bénéficient des soins préventifs et curatifs. Cela se traduit par un taux d'absentéisme scolaire moindre et par la présence d'enfants attentifs en classe. Si vos enfants ne sont pas couverts par une assurance-maladie, vous serez heureux d'apprendre que bon nombre de familles qui bénéficient de repas scolaires gratuits ou à prix réduit peuvent prétendre à une assurance-maladie gratuite ou à tarif réduit pour leurs enfants. Malheureusement, beaucoup de familles sont mal informées sur les différents programmes d'assurance-maladie à leur disposition.

La loi nous permet dorénavant de communiquer à Medicaid et au programme public d'assurance-maladie pour enfants les informations relatives à votre admission aux repas scolaires gratuits ou à prix réduit. Medicaid et le programme public d'assurance-maladie pour enfants ne pourront exploiter ces renseignements que pour identifier les enfants ayant droit à une assurance-maladie gratuite ou à tarif réduit et les inscrire à l'un ou l'autre de ces programmes. Toute utilisation à d'autres fins des renseignements concernant votre demande d'inscription aux repas scolaires gratuits ou à prix réduit est strictement interdite. Il est possible que des fonctionnaires de Medicaid ou du programme public d'assurance-maladie pour enfants vous contactent pour obtenir des renseignements supplémentaires.

Il n'est pas nécessaire que vous nous autorisiez à communiquer à Medicaid et au programme public d'assurance-maladie pour enfants les renseignements relatifs à la demande d'inscription de vos enfants aux repas scolaires gratuits ou à prix réduit. Toutefois, vous devez nous aviser de votre refus de communiquer ces renseignements à Medicaid et au programme public d'assurance-maladie pour enfants. Si vous désirez que les renseignements relatifs à l'admission de vos enfants aux repas scolaires gratuits ou à prix réduit ne soient pas communiqués à Medicaid ou au programme public d'assurance-maladie pour enfants, veuillez remplir le formulaire ci-dessous et le retourner à l'établissement scolaire de votre enfant avant le \_\_\_\_\_. Pour obtenir des renseignements supplémentaires, veuillez téléphoner à \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

**Je refuse** que l'école communique à Medicaid ou au programme public d'assurance-maladie pour enfants tout renseignement relatif à ma demande d'inscription aux repas scolaires gratuits ou à prix réduit.

**Nom de l'enfant** \_\_\_\_\_ Ecole \_\_\_\_\_  
**Nom de l'enfant** \_\_\_\_\_ Ecole \_\_\_\_\_  
**Nom de l'enfant** \_\_\_\_\_ Ecole \_\_\_\_\_

**Signature du**  
**Parent ou tuteur** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Nom (en majuscules) \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_